

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

170

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 mai 1892, à 1 heure.

Par J. TH. DUPUY

Né à Trizac (Cantal), le 20 avril 1867.

DES MÉTRORRHAGIES

ESSENTIELLES OU IDIOPATHIQUES

Président : M. LABOULBÈNE, professeur

Juges : MM. TARNIER, professeur

BAR,

BALLET,

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

170

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 mai 1892, à 1 heure.

Par J. TH. DUPUY

Né à Trizac (Cantal), le 20 avril 1867.

DES MÉTRORRHAGIES

ESSENTIELLES OU IDIOPATHIQUES

Président : M. LABOULBÈNE, professeur

Juges : MM. TARNIER, professeur

BAR,

BALLET,

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies syphilitiques.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	TARNIER.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTERER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON FILS

A MON ÉPOUSE BIEN AIMÉE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. CHAMPIONNIÈRE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

AUDHOU

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA Pitié

BRAULT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

MARCHAND

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

RIGAL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

PROFESSEUR D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

DES MÉTRORRHAGIES

ESSENTIELLES OU IDIOPATHIQUES

INTRODUCTION

Lorsque nous étions dans le service de notre éminent maître, M. le docteur Rigal, médecin de l'hôpital Necker, il nous fut donné d'observer un cas de métrorrhagie rebelle à tous les moyens hémostatiques employés ordinairement contre cette affection. De plus ces accidents se manifestaient en dehors de toute affection organique, chronique ou aiguë aux lésions de laquelle on rapporte ordinairement le flux hémorrhagique.

C'est sur les conseils de notre distingué maître que nous notâmes ce fait, et que nous avons recherché dans l'histoire de la science des faits analogues pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une œuvre complète et irréprochable, mais nous nous sommes toujours efforcé de nous tenir autant que possible à la hauteur de notre tâche. Ces efforts, malgré tout, ne sont pas suffisants, nous le savons, pour combler les fréquentes lacunes et

pour suppléer aux trop nombreux défauts de notre ouvrage. Nos juges et le public médical nous seront quand même, nous l'espérons, reconnaissants de notre bonne volonté, nous les en remercions d'avance, mais nous remercions particulièrement M. le professeur Laboulbène qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de nos plus profonds sentiments de respect et de reconnaissance.

Nous tenons aussi à rendre grâce d'une façon toute particulière à notre maître M. Rigal, dont les hautes qualités cliniques qu'il nous a été donné d'apprécier et d'admirer pendant de longues et nombreuses matinées d'hôpital ont contribué pour une large part à faire notre éducation médicale ; à M. Championnière sous les auspices duquel nous croyons avoir appris outre les éléments de pathologie externe une méthode chirurgicale saine et consciencieuse. Nous ne saurions non plus passer sous silence la reconnaissance que nous devons à MM. les docteurs Audhoui et Brault, ainsi qu'à M. Marchand et à M. le professeur Pinard. Enfin nous ne saurions terminer cette dédicace sans inscrire au fond de cette page le nom de M. le docteur Courtaix, qui, pendant toute la durée de nos études, n'a pas un seul instant cessé de nous prodiguer ses meilleurs conseils.

DIVISION

Après avoir rapporté trois observations inédites, dont une personnelle, nous essaierons de prouver, en discutant les assertions de divers auteurs tant favorables que défavorables à nos opinions, la nature essentielle de quelques métrorrhagies. Nous terminerons cette discussion qui se confondra avec l'historique du sujet par la relation des observations que nous avons pu recueillir dans diverses publications.

Nous continuerons par une autre discussion sur l'étiologie et la pathogénie de ces affections, et après un aperçu rapide de leurs symptômes, de leur diagnostic et de leur pronostic, nous en arriverons à l'étude de leur traitement, étude que nous nous efforcerons de rendre aussi complète que possible en passant en revue les divers et nombreux moyens qui ont été employés pour les combattre, en les comparant entre eux et en les discutant chacun à tour de rôle.

OBSERVATION I (personnelle).

La nommée M. D., âgée de 20 ans, demoiselle de magasin, entre à l'hôpital Necker, salle Lasègue, lit n° 48, le 11 novembre 1891.

A. H. — Les antécédents de la malade sont complexes : ses deux grand'mères sont mortes de cancer. Son père est âgé de cinquante-deux ans et actuellement se porte très bien ; mais il a eu il y a une

vingtaine d'années des attaques épileptiformes avec aura et écume à la bouche. A la même époque, il a eu des hémoptysies et depuis lors il tousse par intermittence. Nos recherches sur la nature de ces accidents n'ont pas pu être poussées assez loin pour nous permettre d'en faire un diagnostic certain.

La mère âgée de cinquante-un ans est atteinte d'une maladie de foie qui a débuté par de l'ictère, cet ictère a disparu assez rapidement pour faire place à un abondant épanchement d'ascite qui a cédé à des ponctions répétées.

Deux de ses frères sont morts en bas âge, un troisième est âgé de dix-huit ans et se porte bien.

Deux sœurs, dont l'une de vingt-huit ans est atteinte de chloro-anémie ; l'autre de vingt-sept ans souffre dans le ventre depuis une couche datant de cinq ans.

A. P. — La malade a eu la rougeole à l'âge de huit ans. Elle a toujours été pâle et n'a jamais bien digéré.

Avant d'être réglée, elle perdait en blanc ; depuis ses premières règles cette leucorrhée a continué dans l'intervalle de ses époques, mais en diminuant progressivement jusqu'à il y a un an, époque à laquelle elle a complètement disparu.

Réglée à quinze ans et demi. La première fois elle vit très peu, puis les règles s'établirent d'une façon irrégulière ; elle perdait pendant huit à dix jours, tantôt peu, tantôt assez abondamment, et cela revenait à des intervalles non déterminés.

En 1888 elle a une hémorrhagie considérable. Pendant un mois entier le flux menstruel ne s'est pas arrêté. Cependant grâce à des applications de glace sur le ventre et à des piqûres d'ergotine, cette perte s'arrêta et la malade put reprendre son travail. Elle voyait alors d'une façon régulière pendant huit jours toutes les trois semaines.

Au mois d'avril 1891 elle a eu une nouvelle hémorrhagie qui détermine sa première entrée dans le service de M. Rigal. On constate

alors que la malade est une névropathe : plaques de céphalée, mal dans le dos et dans les reins très fréquemment et dès le matin, sensation de fatigue lui rendant pénible son travail journalier, palpitations de cœur sans lésion de l'organe, troubles dyspeptiques, digestions pénibles, sensation de pesanteur à l'épigastre, ballonnement du ventre, constipation opiniâtre, etc., etc., réflexes de l'arrière-gorge disparaissant par intermittence. On la soumet à un traitement approprié : douches froides, liqueur de Fowler, pilules de mars tartarisé, lavements d'ergotine, et au bout d'un mois et demi, elle sort complètement guérie. Ses règles se rétablissent régulièrement tous les mois, la première fois pendant huit jours, la seconde pendant dix, la troisième pendant douze ; elle perd très abondamment et éprouve en outre des céphalalgies qui la forcent à s'aliter chaque fois pendant deux ou trois jours.

Le 20 octobre, jour de la quatrième réapparition de ses règles depuis sa sortie du service, elle est prise d'une hémorrhagie si abondante qu'elle est obligée de quitter son travail. A partir de ce jour, elle reste dans le sang jusqu'au 11 novembre, jour de sa seconde entrée à l'hôpital.

Un examen attentif et prolongé, un toucher vaginal minutieux : rien ne peut faire découvrir la cause de l'hémorrhagie. On essaie successivement tous les agents de la médication hémostatique : applications froides sur le ventre, irrigations chaudes et froides, ergotine sous toutes les formes, et au bout d'un mois la malade perdait encore.

C'est alors que notre maître M. Rigal résolut de pratiquer le curettage de l'utérus. L'opération fut faite le 10 décembre. Le tissu utérin était sain partout : les débris de la muqueuse ramenés par la curette ne laissèrent découvrir aucune trace de tissu pathologique.

Le premier pansement fut enlevé huit jours après et à partir de cette époque la malade ne perdit plus.

Cependant les accidents névropathiques persistaient malgré le traitement dirigé contre eux. La constipation rebelle dont elle souffrit détermina le 6 janvier 1892 l'ingestion de 30 grammes d'huile de ricin. Le lendemain de cette purgation, la malade perdit un peu de sang, mais en quantité presque négligeable, son linge fut à peine taché.

Elle sort le 10 janvier de l'hôpital, ses règles n'ayant pas encore reparu.

Nous avons pu revoir la malade plusieurs fois depuis cette époque et chaque fois elle nous a affirmé qu'elle était très bien réglée et qu'elle n'était plus inquiétée par aucune espèce d'accidents ; elle a revu pour la première fois huit jours après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de notre ami M. le Dr PÉCHAUD, ancien externe des hôpitaux.)

La nommée J. B., âgée de 16 ans, cultivatrice, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Marchand, salle Gosselin, lit n° 21, le 19 août 1891.

A. H. — Père et mère bien portants.

Pas de frères ni de sœurs.

A. P. — La malade a eu à l'âge de onze ans une maladie qui a duré onze mois avec intermittences de santé. Le médecin traitant a porté le diagnostic d'impaludisme.

Réglée à treize ans. Après ses premières règles elle a été deux mois sans voir, mais à la fin de ce délai elle a perdu adondamment pendant quinze jours. Cette hémorrhagie ayant disparu spontanément, tout est rentré dans l'ordre et pendant quinze mois, elle voit régulièrement tous les vingt-huit jours.

Tout à coup ses règles deviennent subitement très abondantes, de plus leurs intervalles se rapprochent et finalement la malade en

arrive à perdre assez abondamment pendant toute une semaine sur deux.

Cet état de choses dure pendant sept mois, au bout desquels le flux menstruel s'établit d'une façon permanente, et pendant une année tout entière la malade a perdu du sang tantôt liquide, tantôt coagulé. Ces pertes à certains moments étaient presque nulles, tandis qu'à d'autres époques, dans une seule nuit le sang traversait les draps et les nombreuses alèzes dont la malade se pourvoyait et arrivait à souiller largement son matelas.

Jamais pourtant pendant ce temps, la malade n'a éprouvé autre chose que de rares et légères douleurs dans le ventre.

A son entrée à l'hôpital l'état général est assez bon, on ne constate qu'un léger degré de chloro-anémie. Pas de troubles gastriques. Rien du côté du système nerveux.

A l'examen des organes génito-urinaires, on constate que la malade est vierge : membrane hymen semi-lunaire en croissant à petite ouverture. Elle est déflorée par des touchers répétés et l'introduction du spéculum dans le vagin. Malgré un examen attentif, il est absolument impossible de trouver une cause quelconque suffisante pour expliquer ces hémorrhagies.

On la soumet à des irrigations très chaudes, on lui donne de l'ergotine à l'intérieur et en lavements. Malgré cela les pertes continuent et le 5 septembre on pratique le curettage de l'utérus.

La curette ne ramène aucun tissu pathologique, et la muqueuse utérine semble saine sur tous les points de l'organe.

Pansement à la gaze iodoformée. Au bout de huit jours on retire le pansement que l'on remplace par un tampon de ouate. En outre la malade est soumise à un régime tonique, et depuis le jour de l'opération les pertes ont complètement disparu.

Exeat le 3 octobre sans avoir revu ses règles.

OBSERVATION III (Inédite).

Il y a une dizaine d'années il fut donné à notre maître M. Rigal d'observer à la consultation de l'hôpital Necker une femme d'une trentaine d'années, désespérée par des pertes abondantes qui revenant à des époques indéterminées l'avaient mise dans un état d'anémie grave.

Tous les moyens thérapeutiques employés en pareils cas ne donnèrent aucun résultat. Cette femme se décida alors à consulter M. le Dr Péan qui eut l'idée de pratiquer un curettage.

Depuis l'opération la femme ne perdit plus, ses règles furent régulières, et notre maître, qui a l'occasion de la voir souvent dans sa clientèle privée pour une tuberculose pulmonaire dont elle a été atteinte depuis, a pu nous affirmer que cette femme n'a plus eu aucun trouble du côté de ses organes génitaux.

Discussion et Historique.

Les trois faits que nous venons d'exposer présentent cette remarquable singularité de nous montrer trois femmes réglées depuis assez longtemps, toujours irrégulièrement et atteintes à certaines périodes de métrorrhagies rebelles aux médications ordinaires, et n'ayant cessé qu'après les modifications produites sur la muqueuse utérine par le curetage. De plus deux de ces femmes sont vierges, aucune ne présente de lésion organique des organes génitaux et à part ces accidents hémorrhagiques sont d'une constitution saine et vigoureuse.

Il nous a semblé qu'il y a là une coïncidence d'un ordre plus que banal et que la clinique devait en profiter pour instituer dans de pareils cas une thérapeutique rationnelle et fondée.

En parcourant les divers traités de gynécologie tant anciens que récents, il nous a été impossible de trouver une classification dans laquelle nous puissions faire entrer les accidents ci-dessus mentionnés.

La plupart des auteurs ne considèrent la métrorrhagie que comme un symptôme de telle ou telle affection de l'utérus ou des annexes. Pour certaines de ces affections ils en font il est vrai un symptôme important et presque capital, mais aucun jusqu'à Lomer, Eicholz, James Stirton,

Rudolf Tanzky, Sneguireff et Terrillon n'avaient eu l'idée d'étudier la métrorrhagie en elle-même. Du reste, tant ces derniers que ceux qui les ont suivis dans cette voie n'ont accordé d'importance à la métrorrhagie essentielle, et la plupart l'ont passée sous silence.

A l'appui de ce que nous venons d'avancer, nous relatons ici le tableau des causes des hémorrhagies utérines d'après M. le professeur Sneguireff dont le livre a été il y a peu de temps traduit par M. le docteur Varnier :

Hémorrhagies utérines	1° Causes réflexes :
	Occasionnelles ou prédisposantes :
	Violentes secousses morales, frayeur subite, etc.
	2° Causes organiques :
	1° Dégénérescences malignes.
	2° » bénignes.
	3° Phlegmasies chroniques.
	4° Avortement, grossesse, maladies puerpérales.
	5° Déplacements de l'utérus.
	6° Apoplexie des ovaires et hémorrhagies du péritoine pelvien.
	7° Ménopause.
	8° Troubles de la nutrition générale.
	3° Causes traumatiques :
	Primitives ou secondaires.
	Opératoires.

Cette énumération quoique nous paraissant la plus complète de toutes celles que nous avons pu voir n'a pas satisfait notre esprit, et il nous a été impossible d'y trouver une place pour les cas de métrorrhagie rapportés dans nos

observations. Aussi je crois qu'à ce tableau il faudrait ajouter un 4° avec l'étiquette : *Métrorrhagies essentielles ou idiopathiques*.

Mais si la plupart des auteurs ont passé sous silence ce genre de métrorrhagies, d'autres sont allés jusqu'à les nier.

Guéneau de Mussy, après avoir rapporté dans une de ses cliniques l'observation d'une de ces métrorrhagies, conclut ainsi : « Quelle était la cause de l'hémorrhagie chez cette malade ? Le toucher, le spéculum ne m'avaient fait constater aucune lésion de l'utérus, les hémostatiques ordinaires ayant échoué, je pensai, comme avait fait avant moi M. Brouardel, qu'il pouvait y avoir chez cette femme un de ces états de vascularisation anormale, une de ces altérations fongoides de la muqueuse que Récamier traitait par le raclage et qui, quand elles sont limitées au col, peuvent guérir par une cautérisation prolongée.

Dans sa thèse inaugurale Potheau essaie en 1873 de distinguer la métrorrhagie de la ménorrhagie, il n'ose pas nier la métrorrhagie essentielle, mais il croit que son existence est susceptible de graves objections. Les observations qu'il a recueillies sont interprétées par cet auteur pour le besoin de sa cause, et si le flux hémorrhagique a cédé dans tous ses cas à un traitement médical, cela nous semble prouver tout simplement que l'hémorrhagie était moins incoercible que dans les cas par nous rapportés : du reste rien ne prouve que ses malades n'aient pas eu de rechute.

Gallard, auquel il a été donné d'observer plusieurs cas re-

belles de métrorrhagie, n'admet pas la nature essentielle de ces accidents et croit que dans tous les cas il faut admettre l'existence d'une lésion organique qui échappe à nos moyens d'investigation.

En 1887, Bouton, dans sa thèse, rapporte ces métrorrhagies à des lésions inflammatoires de l'utérus qu'il appelle métrites virginales.

Nous pouvons encore citer le D^r Chéron et le D^r Batuaud, qui ayant devers eux une grande expérience s'élèvent avec d'autant plus d'autorité contre l'existence de ces métrorrhagies et en rapportent toujours la cause à quelque affection organique difficile à trouver. Le D^r Batuaud après avoir observé divers cas de ces accidents, les ayant traités par le curettage et ayant ramené de petits fibromes implantés sur le fond de l'utérus, croit qu'il faut toujours conclure à l'existence d'une ou de plusieurs de ces tumeurs, qui par leur petit volume et par leur siège échappent à un examen même très attentif.

Ces faits avaient aussi frappé l'attention d'un grand clinicien, de notre illustre Trousseau, qui à l'article Fer dans son traité de thérapeutique en collaboration avec Pidoux a effleuré le sujet : « Si une femme ou une jeune fille ont des règles trop abondantes, dit-il, il arrivera sans doute que pendant quelques mois, l'intervalle qui sépare chaque époque menstruelle suffira à la reconstitution du sang, mais bientôt la répétition des mêmes accidents amènera l'anémie et en définitive la chlorose. Que si le molimen hémorrhagique reste le même, le flux en vertu de ce que nous

disions plus haut deviendra d'autant plus abondant, et la chlorose cause de l'augmentation de l'hémorrhagie sera elle-même aggravée par l'hémorrhagie ; et la malade tournant sans cesse dans ce cercle ne tardera pas à périr. Aussi ne perdons point de vue ces faits principaux : la chlorose est produite par de trop fortes menstrues. La chlorose peut rendre la menstruation plus abondante encore. En d'autres termes des règles trop copieuses causent l'atténuation et la dissolution du sang. L'atténuation et la dissolution du sang sont une cause d'hémorrhagie utérine ».

N'y a-t-il pas dans ces deux dernières phrases une ébauche de l'étiologie de ces métrorrhagies sur lesquelles nous voulons appeler l'attention des cliniciens. Au début règles abondantes amenant un affaiblissement du sujet, affaiblissement qui rend les règles de plus en plus abondantes pour aboutir enfin à la chlorose. Ce n'est donc pas la chlorose qui serait cause des hémorrhagies, mais bien les hémorrhagies qui engendreraient la chlorose.

Et ce qui semble venir à l'appui de ce fait, c'est que dans la pratique on porte le diagnostic de chlorose ménorrhagique, on soumet les malades au traitement de la chlorose sans négliger cependant l'hémorrhagie : malgré ces soins dirigés contre les deux sortes d'accidents, les phénomènes pathologiques persistent d'une façon absolument désespérante, sans que le médecin qui a conscience d'employer toutes les ressources de son art puisse arriver à entraver le flux hémorrhagique.

Ce fait ressort bien de notre première observation, notre

maître M. Rigal ne décida de faire le curettage qu'après avoir employé tous les moyens thérapeutiques connus.

Mais Trousseau rapportait toutes ces hémorrhagies à la chlorose ; dans certains cas pourtant, ne trouvant aucun des symptômes de cette dernière maladie, ne trouvant pas non plus de lésion organique de l'utérus, il ne savait pas trop à quoi s'en tenir et il instituait quand même le traitement de la chlorose. Mais, comme le fait judicieusement remarquer M. le professeur Germain Sée, il avait remarqué que dans ces cas le fer loin de réprimer les pertes tendait plutôt à les augmenter.

Si Trousseau s'était trompé sur la vraie nature de ces métrorrhagies, on ne peut pas en dire autant de tous ses contemporains et de plusieurs cliniciens venus depuis, qui, à l'encontre de ceux dont nous venons de parler, ont admis la nature essentielle de certaines métrorrhagies.

En 1866 le professeur Courty, de Montpellier, publiait un *Traité en faveur de la nature essentielle de quelques métrorrhagies*, dans lequel nous avons recueilli le passage suivant : « La métrorrhagie essentielle ou idiopathique a été niée bien à tort. Il n'est pas rare de voir survenir chez les femmes, sans aucun accident, des règles de temps en temps plus abondantes que de coutume ; chez certaines femmes après avoir diminué à une époque, elles augmentent à l'époque suivante, après s'être retardées ou supprimées, elles reviennent avec une abondance qui semble compenser la suppression momentanée. L'affaiblissement qui résulte de la perte sanguine et l'époque tout à fait inusitée à laquelle

celle-ci se montre établissent la limite entre les simples écarts de l'état physiologique et l'état morbide proprement dit.

Il est bon de démontrer que, malgré sa rareté relative, la ménorrhagie essentielle ne saurait être niée. Or il existe dans la science quelques cas de métrorrhagie terminés par la mort en l'absence d'autres lésions capables de l'expliquer ».

Maintenant que nous avons mis cette autorité devers nous, nous croyons le moment venu de rapporter les observations que nous avons recueillies dans les diverses publications. Si nous les avons séparées des trois premières, c'est que les cliniciens s'étant adressés à des traitements différents, si elles nous servent à établir d'une manière irréfutable l'existence de la métrorrhagie essentielle, elles ne nous semblent pas avoir la même valeur pour nos autres conclusions.

OBSERVATION IV (WITEHEAD, *Archives*, 1846).

Jeune fille de dix-sept ans. Réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans.

Un jour de glace elle fait dans la rue une chute qui fut accompagnée d'un violent ébranlement.

Dix ou douze jours après, les règles vinrent et furent suivies d'une forte hémorrhagie qui dura cinq ou six jours et dont elle était à peu près rétablie au bout de dix à douze jours.

A l'époque suivante les règles parurent, mais beaucoup plus abondantes et se prolongèrent pendant seize jours.

Le 2 mars, c'est-à-dire à l'époque menstruelle suivante, les règles parurent de nouveau, mais au bout de trois jours elles firent place

à une métrorrhagie qu'il fut impossible de maîtriser et qui amena la mort le 15 mars.

A l'autopsie qui est détaillée on ne trouve pas de lésions organiques. L'utérus nullipare était un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire ; les parois moins fermes étaient d'une épaisseur normale, il renfermait un caillot de sang qui en occupait toute la cavité. Les annexes étaient saines.

OBSERVATION V (Obre. *Gaz. Méd.* Paris, 1858).

Jeune fille, quatorze ans, trois mois.

Réglée. Les premières règles ne purent être arrêtées. Mort au bout de vingt jours.

A l'autopsie tout était sain. La muqueuse utérine était un peu ramollie.

OBSERVATIONS VI et VII.

West dans ses leçons sur les maladies des femmes (trad. franç., p. 82) cite un cas de mort par métrorrhagie dans lequel il n'a trouvé à l'autopsie d'autre lésion qu'un petit caillot dans la cavité de la matrice sans aucune altération de la muqueuse.

Dans un autre cas absolument semblable, l'autopsie ne put être faite.

Voilà donc quatre cas de métrorrhagie terminés par la mort. Trois fois sur quatre l'autopsie ne révèle ni ces dégénérescences bénignes ou malignes, ni ces phlegmasies auxquelles font d'abord penser les hémorrhagies utérines.

Voyons maintenant d'autres faits.

OBSERVATION VIII (*Ann. de Gyn.*, juillet 1875).

Une femme de 26 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1874, dans le service de M. Guéneau de Mussy.

Elle avait toujours été bien réglée, sans enfants, ni fausses couches.

Règles le 28 août 1874. Après ses règles, épistaxis, puis métrorrhagie.

Entre à Saint-Antoine, service de M. Brouardel. Bains chauds. Cautérisations utérines. Injections astringentes. Pas de résultat.

Elle se décourage et quitte Saint-Antoine pour se faire admettre à l'Hôtel-Dieu.

Après un examen très minutieux, ne constatant absolument rien, M. Guéneau de Mussy repasse toute la thérapeutique qu'avait déjà parcourue M. Brouardel. Il se demande si une congestion chronique avec état fonguide de la muqueuse du col utérin n'était pas la cause de cette hémorrhagie opiniâtre ; il fait à plusieurs reprises fondre un crayon de nitrate d'argent dans la cavité du col : l'écoulement sanguin fut suspendu pendant deux ou trois jours, mais recommença bientôt après. Cependant la malade s'affaiblissait de plus en plus, elle commençait à perdre l'appétit, elle souffrait de névralgies dans la tête et dans les bras, elle éprouvait des éblouissements dès qu'elle tentait de s'asseoir sur son lit.

Médication du D^r Chapmann le 15 février 1875. Le 17 l'hémorrhagie était complètement arrêtée, remplacée par un léger flux leucorrhéique.

Au bout d'un mois nouvelles règles qui deviennent bientôt hémorrhagiques. De nouveau, médication du D^r Chapmann.

Guérison.

OBSERVATION IX (*Ann. de Gyn.* 1874). — Résumée.

La nommée U., 21 ans, assez vigoureusement constituée, entra dans le service de M. Béhier, le 24 janvier 1874.

La malade avait perdu du sang en assez grande abondance depuis une quinzaine de jours ; elle avait eu des lipothymies à plusieurs reprises.

A son entrée, elle présente tous les symptômes des hémorrhagies graves ; il se fait par la vulve un écoulement de sang pâle, fluide, lent à se coaguler.

Deux jours après son entrée, il se fait une perte grave qui peut être arrêtée par le tamponnement. La malade se plaint d'une céphalalgie atroce, tous les aliments ingérés sont vomis aussitôt.

Trois jours après son entrée, la perte se continuant sous la forme d'un suintement de sang décoloré, les vomissements existant toujours et la malade s'affaiblissant de plus en plus, étant arrivée au dernier degré de l'anémie et de la prostration, M. Béhier pensa que cet état ne pouvait durer plus longtemps sans danger pour elle.

Il décida alors la transfusion du sang. A partir de cette opération elle alla de mieux en mieux et put quitter l'Hôtel-Dieu quelques jours plus tard.

OBSERVATION X (*Ann. de Gyn.* 1881).

La nommée M. P., 21 ans, coiffeuse, bien conformée, entre le 30 juin à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, salle Ste-Marie, lit n° 7.

Pas d'autres antécédents que la scarlatine dans son jeune âge.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Mariée à 17 ans. 12 mois après elle a une métrorrhagie qui dure 15 jours et qui est aggravée par les fatigues de son état.

En décembre 1877, grossesse. Suite de couches, deux hémorrhagies dont la première grave.

A huit mois elle perd son enfant. Rétablissement des règles. Leucorrhée pendant les époques cataméniales.

Le 25 juin 1879, règles excessivement abondantes, céphalalgie, courbature, elles durent huit jours.

Le 23 juillet, nouvelles règles : hémorrhagies se répétant tous les jours pendant 20 jours consécutifs.

Enfin elles cessent sous l'action de l'ergotine et l'application de glace sur le ventre.

OBSERVATION XI (*Ann. de Gyn.*).

La nommée X... entre dans le service de M. Gallard à l'Hôtel-Dieu. Vierge, membrane hymen intacte.

A l'âge de 15 ans, elle a été sujette à des métrorrhagies rebelles. Leur abondance et surtout leur persistance déterminent M. Vulpian à confier la malade aux soins de M. Gallard.

Pas de lésion utérine.

Injection de quelques gouttes de perchlorure de fer dans la cavité utérine.

Pendant huit mois santé parfaite. Récidive.

OBSERVATION XII (*Revue de M. Hayem*).

Femme de 28 ans. Vierge.

Hémorrhagies utérines depuis quatre ans sans cause appréciable.

La dilatation du col employée comme moyen de diagnostic fait cesser l'hémorrhagie.

OBSERVATION XIII (*New-York med. Journ.* 1887).

Une jeune fille de 13 ans fut prise de crampes et de douleurs suivies d'une métrorrhagie abondante, 15 jours après la période menstruelle qui était établie depuis un an environ. Les 15 jours précé-

dents avaient été passés dans une station thermale fort fréquentée par le monde élégant. Quoique très abondante, l'hémorrhagie qui dura quelques jours ne provoqua pas de troubles généraux. Quatre jours après l'arrêt de l'hémorrhagie, les règles apparurent fort abondantes.

Traitement : repos.

Si par ce qui précède nous trouvons déjà 13 cas de ces métrorrhagies de cause indéterminée qui viennent plaider en faveur de notre cause, nous pouvons sans les rapporter *in extenso* citer bon nombre d'autres observations.

M. Terrillon dans un travail publié récemment et intitulé : *Les hémorrhagies utérines et leur traitement* rapporte un cas de métrorrhagie persistante, dont il lui fut absolument impossible de déterminer la cause. Ce chirurgien nous semble pourtant avoir une tendance à nier les métrorrhagies essentielles.

Le D^r Lyman, de Boston, en cite un cas qui durait depuis 4 ans. Elle céda à une dilatation du col.

Jackson à la Société gynécologique de Chicago, le 16 novembre 1888, a rapporté 4 cas semblables chez des femmes jeunes, dont trois n'avaient jamais été enceintes. Trois furent traitées par le curettage, l'une mourut de péritonite, deux guérèrent après deux curettages ; chez la quatrième l'hémorrhagie céda à l'emploi de l'électricité.

Dans le *Médical Times* (juillet 1890) nous trouvons une relation de M. le D^r Sylver, médecin et professeur de physiologie à l'hôpital de Charring-Cross de Londres, constatant 5 observations de métrorrhagies abondantes et mêlées

de caillots, durant depuis des mois et des années, rebelles à toutes les médications et survenues en dehors de toute affection organique ; douloureuses ; douleurs lombaires rappelant celles de l'accouchement.

Vingt-cinq à trente gouttes de teinture de chanvre indien. Guérison.

Nous terminerons cette énumération en relevant dans le livre d'Eichlolz, d'Iéna, *Zur Diagnose und therapie der atypischen uterus Blutungen*, 34 cas de ces hémorrhagies que l'auteur appelle atypiques. Il les traite de diverses façons, mais surtout par la dilatation, et quand ce procédé est insuffisant il s'adresse à la curette.

Qu'on les appelle atypiques avec Eichlolz, idiopathiques ou essentielles avec les auteurs français, cela n'en fait pas moins un total de 58 cas de ces métrorrhagies qui ne sont symptomatiques d'aucune lésion organique. Nous n'avons pas du reste la prétention d'avoir rapporté tous ceux qui sont écrits dans les annales de la science. Mais les résultats de ces recherches nous ont paru suffisants pour pouvoir abandonner la discussion dans laquelle nous avons entrepris de démontrer que la métrorrhagie, quoique pour la plupart du temps symptomatique d'une autre affection, doit être aussi dans certains cas considérée comme une entité morbide indépendante de toute autre lésion.

Il aurait été intéressant de chercher à établir la proportion de la métrorrhagie essentielle à la métrorrhagie symptomatique, mais nous n'avons pu trouver aucun relevé statistique qui nous permette d'avoir une opinion et de donner

des chiffres, même très approximatifs. Du reste les faits publiés sont impuissants à donner une idée de la fréquence de la métrorrhagie essentielle, car à moins que ces métrorrhagies ne présentent une persistance qui alarme les malades, elles sont soustraites à l'observation du praticien : de leur propre autorité les patientes instituent des traitements anodins qui la plupart du temps viennent à bout des accidents. De plus les cas soumis aux soins du médecin se présentent chez des femmes de la clientèle privée, et ces cas sont rarement publiés : ce n'est pas à dire que les métrorrhagies essentielles soient plus fréquentes chez les personnes des classes aisées, mais dans la pratique hospitalière, lorsqu'une femme se présente avec une métrorrhagie, si cette femme ne présente aucune lésion organique, si l'hémorrhagie n'a pas encore provoqué de troubles fonctionnels, elle n'est généralement pas admise dans les salles, et on la renvoie avec une ordonnance.

Étiologie et pathogénie.

L'étiologie et la pathogénie de la métrorrhagie essentielle doivent être envisagées au double point de vue de la physiologie et de la pathologie.

Nous trouvons leur physiologie assez bien déterminée dans les quatre propositions suivantes que M. H. Byford émit en 1876 au congrès international de Philadelphie :

1° Les conditions qui produisent la menstruation sont les causes des hémorrhagies non puerpérales.

2° Ces hémorrhagies ne sont le plus souvent qu'une exagération de ces conditions.

3° Les causes ont pour origine tantôt le système nerveux, tantôt le système vasculaire.

4° Ces causes agissent soit en activant le cours du sang dans les vaisseaux utérins, soit en retardant l'afflux du sang dans ces vaisseaux.

Courty, un des rares auteurs français qui ont écrit sur le sujet, nous dit : « La métrorrhagie essentielle se produit par une action que quelques auteurs, par exemple M. Jacoud, ont appelée mécanique, parce qu'ils se sont attachés à la caractériser par la cause prochaine, l'augmentation de la tension artérielle ou veineuse, plutôt que par la cause éloignée, quelquefois morale qui en est le point de départ ».

Cette augmentation de tension artérielle ou veineuse

nous explique amplement le mécanisme physiologique de l'hémorrhagie, si toutefois nous y ajoutons l'action des nerfs vaso-moteurs. Mais elle a elle-même une cause, et c'est cette cause éloignée, comme l'appelle Courty, mais sur laquelle il n'insiste pas, qui seule peut nous faire rendre un compte exact de la pathogénie.

Ici les auteurs sont loin d'être d'accord, et suivant qu'ils ont admis ou combattu l'existence de la métrorrhagie essentielle, ils en ont vu le point de départ dans des causes toutes différentes. Ceux d'abord qui ne voient dans la métrorrhagie qu'un symptôme quelconque, invoquent très logiquement du reste l'affection sous la dépendance de laquelle ils croient l'accident. C'est ainsi que pour les uns, Chéron, Batuaud, on doit toujours croire à l'existence d'un corps fibreux difficile à découvrir ; pour les autres, Récamier, Guéneau de Mussy, on doit penser à un commencement de métrite hémorrhagique, avec lésions inflammatoires si restreintes qu'elles sont inappréciables. D'autres enfin, abandonnant l'utérus où il leur est impossible de découvrir trace d'affection, vont chercher les causes dans les annexes ; de ceux-là : Carpentier-Méricourt, qui, dans sa thèse inaugurale en 1875, conclut que l'ovaire est presque toujours le point de départ de l'hémorrhagie ; le Dr Richardièrre, qui a pu recueillir en 1882 dans le service de M. Empis l'observation d'une femme de 20 ans, morte d'une métrorrhagie déterminée par une congestion ovarienne intense. Cette femme en était depuis l'âge de dix-sept ans à sa cinquième rechute dont elle mourut. L'autopsie dé-

montra des foyers hémorrhagiques dans les ovaires, et on trouva dans l'utérus un caillot se propageant par les trompes jusqu'aux pavillons.

Mais il nous paraît oiseux de continuer ces citations ; ces auteurs ont décrit les causes de toutes les métrorrhagies, sauf des cas particuliers que nous avons en vue. Comment maintenant pour notre part allons-nous résoudre cette question ? Elle nous paraît trop complexe et trop obscure pour que nos connaissances scientifiques nous permettent de l'éclaircir, aussi nous n'entreprendrons pas un essai qui resterait infructueux. Cependant nous terminerons ces considérations étiologiques par une remarque qui nous paraît assez juste : la qualification d'essentielles ou d'idiopathiques, que nous donnons à ces métrorrhagies, exclut l'idée de toute cause organique, et chaque fois que l'on trouvera à ces accidents une cause semblable, l'affection cessera d'être essentielle pour rentrer dans la catégorie des métrorrhagies symptomatiques.

Symptômes et diagnostic.

Le fait qui domine ici tout le tableau symptomatologique est l'écoulement de sang par les organes génitaux, écoulement plus ou moins considérable suivant les circonstances dans lesquelles il se produit, mais toujours plus abondant que les menstrues normales. Cet écoulement peut s'établir d'emblée, soit pendant la période menstruelle, ne semblant alors qu'une exagération des phénomènes physiologiques (Obs. V, VIII, XI), soit pendant la période cataméniale, sans aucune espèce de prodromes (Obs. XIII). Mais le plus souvent les règles, qui jusque là n'avaient présenté rien d'anormal, deviennent de plus en plus abondantes, leurs périodes se rapprochent et les malades perdent pendant les trois quarts ou la moitié du temps, quelquefois même d'une façon continue (Obs. I, II, IV, X, XI, XII). Les pertes peuvent être aiguës et confiner presque aux hémorragies foudroyantes, mais c'est l'exception ; ordinairement il se fait par la vulve un suintement de sang ininterrompu ; quelquefois il s'échappe des caillots.

Souvent indolores, et survenant sans aucun autre trouble fonctionnel, elles s'accompagnent d'autres fois de douleurs abdominales, rappelant celles de la péritonite, de douleurs lombaires et expulsives, rappelant celles de l'accouchement, de troubles gastriques pouvant aller jusqu'aux

vomissements, de troubles du côté du système nerveux : névralgies, céphalée, troubles oculaires.

Les signes objectifs sont tous négatifs, et ce n'est que par eux cependant qu'on pourra établir le diagnostic.

Le palper abdominal ne révèle absolument rien, sauf dans certains cas un peu de ballonnement du ventre qui provient des troubles nerveux dont peuvent s'accompagner les accidents.

Je ne parlerai pas des organes génitaux externes qu'il faudra toujours examiner pour bien s'assurer que ce n'est pas eux qui sont la source de l'hémorrhagie. Le vagin est intact ou simplement lubrifié par le flux sanguin. Le col et le corps de l'utérus sont tout à fait normaux, les culs-de-sac sont indemnes et les annexes ne présentent aucune particularité. L'examen au spéculum n'en dit pas davantage.

Cela posé, nous croyons que l'on pourra porter le diagnostic de métrorrhagie essentielle, en faisant des réserves toutefois, car, comme le démontre très bien le docteur Bataud, l'on peut avoir à faire à un petit fibrome qui, par son volume et son siège, échappe à l'examen. Souvent même les douleurs expulsives qu'éprouvent certaines malades font pencher pour ce dernier diagnostic. Mais presque toujours l'âge viendra dans ces cas renseigner utilement le praticien, car nos observations démontrent très bien que la métrorrhagie essentielle survient à un âge où les fibromes sont encore l'exception. Ainsi dans dix cas où nous avons pu déterminer exactement l'âge des malades, ces accidents sont survenus entre 13 et 28 ans et 8 fois au-dessous de

21 ans, tandis que, sur 20 observations de fibromes publiées par Batuaud, il trouve un seul cas de 25 à 30 ans, 11 de 30 à 40, 6 de 40 à 50 et 2 au-dessus de 50 ans. Du reste au point de vue de l'intervention, un corps fibreux, méconnu dans les conditions ci-dessus, ne changerait ni la manière d'agir, ni le pronostic.

Nous passerons sous silence le diagnostic différentiel d'avec les autres dégénérescences bénignes ou malignes, d'avec les phlegmasies aiguës ou chroniques de l'utérus, qui peuvent et qui engendrent souvent des métrorrhagies. Leurs symptômes tant rationnels qu'objectifs forment des tableaux assez complets pour faire écarter toute erreur.

Quelquefois cependant du côté des ovaires, il se produit dans diverses conditions des états congestifs que certains auteurs désignent sous le nom d'apoplexie des ovaires et qui peuvent donner naissance à des hémorrhagies utérines graves. Dans ces cas, comme le prouve la thèse de Carpentier-Méricourt, il existe des points ovariens très douloureux, que, si l'on se tient sur ses gardes, l'on ne peut prendre pour les douleurs qui accompagnent de temps en temps les métrorrhagies essentielles. De plus les ovaires sont sensiblement augmentés de volume et un toucher minutieux peut très bien rendre compte de ces circonstances.

Les pelvi-péritonites ont été assez bien étudiées dans divers traités de gynécologie, et en particulier dans l'œuvre magistrale de M. Pozzi, pour que nous croyions inutile d'y insister.

Nous reviendrons pour mémoire seulement aux mé-

trorrhagies de la chlorose, pour rappeler, comme nous l'avons déjà vu avec Trousseau, que souvent la chlorose n'est qu'un état secondaire, effet de la métrorrhagie, et que dans ces cas c'est aux accidents hémorrhagiques que doit d'abord et surtout s'adresser le traitement.

Enfin pour terminer, nous mentionnerons les métrorrhagies qui sont liées à certains états nerveux, la neurasthénie, l'hystérie, métrorrhagies qui prennent assez souvent des tournures désastreuses et entraînent les plus graves accidents. Pour une étude complète de ces dernières nous renverrons à un travail remarquable de M. Huchard paru en 1881 dans la *Revue des Sciences* de M. Hayem.

Pronostic.

On voit clairement par nos observations quel doit être le pronostic de la métrorrhagie essentielle.

Quatre fois la mort est causée directement par l'hémorrhagie, non pas une hémorrhagie foudroyante, mais une perte de sang qui dure une fois 13 jours, une autre fois 20. Malheureusement les auteurs qui rapportent ces observations ne font pas mention des ingrédients qui avaient été employés pour combattre les accidents, et il nous est impossible de dire si les moyens que nous possédons actuellement auraient pu modifier la marche de l'affection. La durée des accidents nous porte à croire qu'une intervention précoce aurait pu prévenir l'issue fatale de la maladie.

Dans un autre cas, la métrorrhagie se complique d'une péritonite qui entraîne la mort. Mais Jackson qui le rapporte était intervenu, et il est aussi très difficile de savoir si cette complication funeste était la conséquence de la métrorrhagie ou d'une opération intempestive et mal faite.

A côté de ces cas mortels nous en trouvons d'autres qui ont fait courir des dangers sérieux à la vie des malades. Témoin le cas de M. Béhier où la transfusion du sang put seule conjurer une mort imminente.

Mais généralement le pronostic est moins sombre, et on

n'a pas à craindre pour la vie des malades ; les désordres fonctionnels tardent même assez longtemps à se manifester, quoique l'hémorrhagie puisse revêtir assez rapidement des caractères d'incoercibilité qui viennent aggraver singulièrement la situation.

Traitement.

Nous voyons, en parcourant l'histoire des métrorrhagies en général et des métrorrhagies essentielles en particulier, que les cliniciens ont essayé des traitements bien variés. Comme le traitement est pour les malades le point le plus essentiel, c'est avec plaisir que nous nous étendrons un peu plus longuement sur ce dernier chapitre.

Et d'abord si nous passons en revue la matière médicale, nous trouvons tous les agents de la médication hémostatique avec en-tête : l'ergot de seigle et le perchlorure de fer qui ont longtemps régné en maîtres dans le traitement de toute hémorrhagie. Du reste dans bon nombre de cas, ils donnent de tels résultats que les cliniciens n'ont qu'à se louer de leur efficacité réelle, surtout depuis que l'ergot de seigle a été avantageusement remplacé par son extrait aqueux, l'ergotine.

Nous citerons pour mémoire seulement : l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, le ratanhia, la digitale, le tannin et les tanniques, la racine de cotonnier, l'essence de térébenthine, l'acétate de plomb que l'on prescrit tantôt en poudres, tantôt en potions ou en teintures tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Dans ces dernières années d'autres médicaments sont venus encore s'ajouter à cette liste déjà longue. C'est ainsi

que le Dr Idanko de Piatsgorsk, s'inspirant d'une vieille coutume des paysans russes, a dans plusieurs cas de métrorrhagie grave obtenu des résultats avec de fortes doses de la décoction de racines d'aubépine rouge (*cratægus officinalis*).

Richardson de Rhayader a employé aussi avec succès des crayons composés d'un mélange de fer et d'alun, mélange qu'il désigne sous le nom d'iron-alun et qu'il laissait fondre dans l'intérieur de la cavité utérine. Et dans ces dernières années on a eu souvent recours, en employant la même méthode, soit à des crayons d'iodoforme, soit à des crayons de chlorure ou de sulfate de zinc. Il est pourtant juste d'ajouter que dans ces derniers cas on s'adressait avant tout à des métrites dont les métrorrhagies n'étaient que des symptômes.

Sylver, de Londres, a obtenu dans cinq cas qui avaient longtemps résisté à toute espèce de médication d'excellents résultats avec XXV à XXX gouttes de teinture de chanvre indien.

Mais le point intéressant et important de l'étude de ce traitement réside tout entier dans la revue des divers procédés chirurgicaux qui ont été employés. Nombreux et variés sont encore tous ces moyens à opposer aux métrorrhagies, quoiqu'ils soient tous sous l'exclusive dépendance d'un seul et du plus simple : le repos au lit dans le décubitus dorsal qui, seul ou associé aux plus simples pratiques, suffit souvent pour amener l'arrêt complet du flux hémorrhagique.

Parmi ces pratiques que l'on peut facilement associer au repos, nous citerons en première ligne les applications froides sur le ventre, au moyen d'une vessie imperméable contenant un mélange réfrigérant. Ce procédé possède le double avantage de calmer les douleurs abdominales et d'agir très efficacement contre l'hémorrhagie.

De ce dernier on peut rapprocher la méthode du D^r Chapman, vantée par Guéneau de Mussy et qui lui donna dans un cas rebelle durant depuis huit mois (Obs. VIII) un résultat brillant. Application de sacs d'eau chaude en arrière de chaque côté de la colonne lombaire et dorsale.

Vient ensuite l'hydrothérapie que d'aucuns ont vantée à outrance, à laquelle d'autres au contraire semblent accorder une faible confiance. M. Béni-Barde semble pourtant avoir obtenu des résultats favorables par l'emploi de la méthode balnéaire, mais tous les cliniciens sont loin de s'entendre à ce sujet, et à la discussion survenue à la société d'hydrologie de Paris, le 4 janvier 1874, MM. Verjon, Moutard-Martin, Labat, Gubler émirent des avis différents disant, les uns, que pendant le flux hémorrhagique la balnéation pouvait produire une hémorrhagie grave, d'autres au contraire que les bains arrêtaient subitement le flux.

Cette méthode peut à notre avis être commodément et avantageusement remplacée par les irrigations locales, irrigations que l'on peut faire d'une manière continue ou par intermittences avec un liquide chaud ou froid. Les irrigations chaudes donnent en obstétrique de trop beaux ré-

sultats pour qu'elles n'aient pas une efficacité réelle dans les cas dont nous nous occupons.

Laissant de côté les bains de soleil dont nous ne connaissons pas les effets, mais qui sont indiqués par Sneguireff spécialement contre les métrorrhagies de la ménopause, nous arriverons à l'emploi de l'électricité. Ici nouveau désaccord de la part des auteurs ; d'un côté des panégyriques enthousiastes, de l'autre des blâmes souvent injustes ; nous nous contenterons de dire modestement que la méthode du Dr Apostoli peut dans certains cas arrêter les accidents, comme le prouvent des observations.

Lorsque l'hémorrhagie est grave et que le flux très abondant peut faire craindre des accidents rapidement funestes, on aura provisoirement recours au tamponnement. Quelques auteurs ont conseillé de remplacer le tamponnement vaginal avec des tampons de ouate par l'obturation du col utérin avec un cône de racine de gentiane.

Nous ne savons pas ce qu'a déjà donné ce dernier procédé, mais outre qu'il est ingénieux il nous semble réaliser un but double : l'obstruction momentanée du col et sa dilatation progressive. Or la dilatation par les tiges laminaires a donné les meilleurs résultats. Pour s'en convaincre il suffit de se rappeler notre observation XII où la dilatation employée comme moyen de diagnostic fit cesser l'hémorrhagie, celle rapportée par Lyman de Boston, où le même procédé eut raison d'accidents durant depuis 4 ans, et enfin les 34 cas d'Eichholz, d'Iéna : ce dernier qui s'est toujours

adressé directement à la dilatation n'a jamais eu qu'à se louer de ses résultats.

Ce procédé semble d'autant plus recommandable que s'il n'arrête pas toujours l'hémorrhagie, il prépare les malades à l'opération du curettage, dernier terme selon nous du traitement de la métrorrhagie essentielle.

Nous ne voulons pas entreprendre l'éloge de cette opération ; il a peut-être trop souvent été fait, ce qui n'a pas peu contribué à en faire une opération dont la chirurgie et l'obstétrique contemporaines ont le plus abusé. Quoi qu'on en dise, son innocence et sa facilité de pratique la rendent très recommandable ; mais peu nous importe, nous ne voulons que faire ressortir le fait suivant :

Une femme est atteinte pour la troisième fois depuis 2 ans d'une métrorrhagie rebelle qui lui fait courir des dangers sérieux. On pratique le curettage, elle guérit.

Une seconde femme perd continuellement depuis une année toute entière, les divers moyens employés échouent. Après un curettage tout rentre dans l'ordre.

Une troisième femme se désespère et désespère son médecin par des accidents semblables. Son utérus curetté, elle cesse de perdre.

Ce sont là des faits bruts et matériels devant lesquels tombe tout argument ; quoiqu'il semble y avoir contradiction entre curettage et absence de lésion, il n'en est pas moins vrai que cette opération a amené les plus rapides des guérisons. Comment agit la curette dans ces cas ? Probablement en modifiant de fond en comble la muqueuse uté-

rine. Quoi qu'il en soit nous croyons que jusqu'à nouvel ordre, cette opération restera le traitement unique et rationnel de la métrorrhagie essentielle, et que l'on agira aussi sagement de s'en tenir à elle que de faire comme beaucoup d'étrangers courir aux femmes les risques de la plus grave et de la plus dangereuse des opérations employées en gynécologie, nous voulons parler de l'enlèvement de l'utérus et des annexes qui a été pratiqué 38 fois par Lawson-Tait dans le seul but d'arrêter des hémorrhagies utérines, et chez des femmes jeunes, ce qui semble absolument injustifiable.

CONCLUSIONS.

I. — Il y a des métrorrhagies qui ne sont symptomatiques d'aucune lésion organique des organes génitaux ni de ceux qui les avoisinent et que pour cette raison l'on peut appeler *essentielles ou idiopathiques*.

II. — Ces métrorrhagies présentent leur maximum de fréquence chez les femmes jeunes, de 15 à 30 ans.

III. — Souvent bénignes, elles peuvent revêtir des caractères d'incoercibilité assez graves pour entraîner la mort.

IV. — Des divers traitements qui ont été employés contre elles, la dilatation du col, et le curettage, si la dilatation ne suffit pas, semblent appelés à donner les meilleurs résultats.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aran.** — *Leçons sur les mal. de l'utérus*, Paris, 1858.
- Auvard.** — *Gynécologie*.
- Apostoli.** — *Congrès méd. intern. de Berlin*, 1890.
- Batuaud.** — *Les hémorrhagies dans les cas de tumeur fibreuse de l'utérus*, 1891.
- Beni-Barde.** — *De l'hydrothérapie dans quelques troubles de la menstruation*.
- Bouley.** — *Bull. acad.*, 1874.
- Bouilly.** — *Manuel de pathol. ext.*, t. IV.
- Brose.** — *Centr. fur gyn.*, 1889.
- Carpentier Méricourt.** — *Th. de Paris*, 1875.
- Chéron.** — *Leçons sur les affections utérines. Revue des maladies des femmes*, 1879-80-81.
- *La dilatation du canal cervical*. L. c. 1883.
- Courty.** — *Traité pratique des maladies de l'utérus*.
- C. D. Palmer.** — *Amer. gyn. soc.*
- Davenport.** — *Boston med. Journ.*, août 1875.
- Demarquay et St-Vel.** — *Traité clin. des mal. de l'utérus*. Paris, août 1875.
- Dumontpallier.** — *Traitement local de l'endométrite. Acad. de méd.*, juin 1889.
- Eichholz.** — *Zur diagnose und Therapie der atypischen Uterusblutungen*.
- Emmet.** — *La pratique des maladies des femmes*. Trad. franç. Paris, 1887.
- Gaillard Thomas.** — *Traité clin. des mal. des femmes*. Trad. franç. Paris, 1875.
- Germain Sée.** — *Traité des maladies du cœur*.
- Guéneau de Mussy.** — *Ann. de gyn.*, 1875.
- Henry-Cœ.** — *New-York med. Journ.*, 1887.
- Huchard.** — *Métrorrhagies d'origine névralgique*, 1881.

- Jaccoud.** — *Traité de path. int.*
James Stirton. — *Glasgow med. Journ.*, juillet 1887.
Lawson-Tait et Bétrix. — *Traité pratique des maladies des femmes.*
Trad. franç.
Lawson-Tait. — *Amer. Journ. of med. sciences*, janvier 1882.
Leblond. — Thèse de Paris, 1870.
Lomer. — *Samml. klin. Vorträge*, n° 521.
Lymann. — *Trans. of the amer. gyn. soc.*, 1877.
Martin. — *Traité clin. des mal. des femmes.* Trad. franç. Paris, 1889.
Mc. Clintock. — *Clinic. mem. on diseases of Women.* Dublin, 1863.
Potheau. — Th. de Paris, 1873.
Pozzi. — *Gynécologie.*
Progrès médical, 26 octobre 1889.
Richardson. — *Amer. Journ. of med. sciences.*
Rousseau. — Th. de Paris, 1867.
Rudolf Tanzki. — *Amer. Journ. of med. sciences*, 1880.
Sneguireff. — *Hémorrhagies utérines.* Trad. franç. Paris, 1886.
Siredey et Danlos. — *Art. Utérus du Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. 37, Paris, 1887.
Schroeder. — *Maladies des organes génitaux de la femme.*
Terrier. — *De la dilatation de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies,*
etc. Journal de méd. et de chir. prat., 1888.
Tillaux. — *Cliniques.*
— *Traité d'anatomie typographique.*
Trousseau. — *Cliniques.*
Trousseau et Pidoux. — *Thérapeutique et matière médicale.*
Terrillon. — *Bull. de thérap.*, 1870.
West. — *Leçons sur les maladies des femmes.*

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
